

Form A (様式A)

記入例
(Entry Example)

Request to Attending Physician (担当医へのお願い)

1. Please fill in this form so that the patient may claim the national health insurance benefit
この様式は患者の国民健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎につき、この様式が必要です。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) Age (Date of Birth) Sex (Male/Female)
患者名 Taro Itabashi 年齢 (生年月日) 1/1/1980 性別 (男・女) Male
2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use of National Health Insurance
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 Acute bronchitis (NO. 1005)
3. Date of First Diagnosis: D / M / Y 19 / 10 / 2015
初診日 日 / 月 / 年
4. Duration of Treatment: 3 days
診療日数 3 日
5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization: From / / to / / (days)
入院 自 / / 至 / / (日間)
 Out patient or Home Visit: 19 / 10 / 2015 25 / 10 / 2015
入院外 31 / 10 / 2015
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要 Cough and sore throat
7. Prescription, Operation and Any other treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要 Medicine
8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes No
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ
9. Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician: form B
治療実費 様式Bによる
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name名前 : Last姓 Woodford First名 Jack Title 称号 M.D
Address住所 : Home自宅 86 Brattle Street Cambridge, MA phone電話 123-456-7890
Office病院又は診療所 55 East 34th Street phone電話 012-345-6789
New York, NY
Date日付: 31 / 10 / 2015 Signature署名 (doctor's sign)
Attending Physician担当医

病院のスタンプ
(Hospital Stamp)

Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号 12345

Form B (様式B)

記入例
(Entry Example)

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic
担当医又は病院事務局長へのお願

- Please fill in this form so that the patient may claim the national health insurance benefit
この様式は患者の国民健康保険の給付の申請に必要なですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic
この様式は担当医又は病院の事務局長が書き、かつ署名して下さい。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎につき、この様式が必要です。
- If not in dollars, please specify the unit used
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

Itemized receipt
領 収 明 細 書

(1) Fee for initial office visit	初診料	\$ 10	
(2) Fee for follow-up office visit	再診料	\$ 40	
(3) Fee for home visit	往診料	\$	
(4) Fee for hospital visit	入院管理費	\$	
(5) Hospitalization	入院費	\$	
(6) Consultation	診察費	\$	
(7) Operation	手術費	\$	
(8) X-ray examination	X線検査費	\$	
(9) Medication	医薬費	\$ 100	
(10) Anesthetics	麻酔費	\$	
(11) Operating room charge	手術室費用	\$	
(12) Others(specify)その他 (項目明記)		\$ 30	\$ food costs
(13) Total	合 計	\$ 180	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e, extra charge for a bed.
注 意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name of Patient

患者名 Last 姓 Itabashi First 名 Taro

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院事務局長の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 Woodford First 名 Jack Title 称号 M.D

Address 住所 : Home 自宅 86 Brattle Street Cambridge, MA Phone 電話 123-456-7890

Office 病院又は診療所 55 East 34th Street New York Phone 電話 012-345-6789

Date 日付 : 31/10/2015 Signature 署名

医師のサイン
doctor's sign

病院のスタンプ
(Hospital Stamp)